

ajpo2

Association des Jeunes Pneumologues

Newsletter

2^{ème} trimestre 2022

Farah Mesli, Pascal Wang

Accès site SPLF

Pour rappel, l'**adhésion à l'AJPO2** vous permet d'avoir accès au **site internet** de la Société de Pneumologie de Langue Française : [Lien](#).

Les code d'accès vous ont été normalement fournis par la secrétaire de la SPLF (Mme Fabienne DUGUET, f.duguet@splf.org) dans un mail datant du mois de **mars 2022**.



Société de Pneumologie de Langue Française

L'identifiant est de type « **wapa****** » et le mode de passe est composé de 4 chiffres « ******** ».

Une fois connectée en tant que membre, vous aurez accès aux nombreux outils de formation continue (les mardis du GOLF, les jeudis de la SPLF, les formations proposées en présentiel à « la maison de la pneumologie »), aux différentes recommandations françaises des groupes de travail, aux annonces de postes mais surtout aux **différentes revues de la SPLF** (Revue des maladies respiratoires, Info Respiration et « *Respiratory Medicine and Research* ») !

Pour avoir accès à la revue des maladies respiratoires, il vous suffit d'aller à la catégorie « Revue de la SPLF » et de cliquer sur « **accès à la revue (abonnés)** ». Celui-ci vous redirigera ensuite automatiquement vers le site **EM - Consulte**



Maladies
Respiratoires
Organe officiel de la Société de Pneumologie de Langue Française

La Revue des Maladies Respiratoires

10 Mars 2020 - RMR

Accès à la revue via l'espace membre La Revue des Maladies Respiratoires (Rev Mal Respir) est un outil de formation professionnelle pour tous les acteurs impliqués directement ou indirectement dans la prise en charge des patients atteints de pathologie respiratoire. La Revue publie en langue française les travaux de recherche de qualité issus des équipes ...

[Accès à la revue \(abonnés\)](#)



Nouveau site AJPO2

L'association des jeunes pneumologues se modernise et se dote d'un nouveau site internet : www.ajpo2.org



Le site a pour principaux objectifs de diffuser les dernières informations concernant les principaux événements liés à la pneumologie et les différentes annonces de poste (CHU, CHG et annonces de remplacements) !

Pour les adhérents à l'AJPO2, vous avez également accès à « **l'espace membre** ». C'est un espace où vous pourrez revoir **en différé** les webinaires réalisés durant l'année (Remplacement en libéral avec Elsan, addictions oncogéniques avec Pr Besse... !). Vous pouvez aussi y retrouver toutes **nos newsletters**.

Vos codes d'accès, vous ont été normalement fourni par notre Webmaster (@Kinan El Hussein).

Si ce n'est pas le cas, n'hésitez pas à le contacter : webmaster@ajpo2.org

Les webinaires AJPO2 pour l'année 2022

- « **Les bases dans le Syndrome d'apnée du sommeil** » Pneumologie (AJPO2) et Sommeil (JPR Sommeil) avec le soutien d'AdelSanté : 22 septembre 2022 (en distanciel)
- « **Asthme sévère chez l'enfant et l'adulte** », Allergologie (AJAF) et Pneumologie (AJPO2) : 16 Octobre 2022 (en distanciel)
- « **Les bases de l'EFR et sa pratique en libéral** » avec le soutien de Schiller France : Fin d'année (à déterminer)

Vous serez tenu régulièrement informé des dates sur nos réseaux sociaux 😊.

Si vous souhaitez des webinaires sur des thématiques particulières.

N'hésitez pas à faire remonter vos desideratas au bureau de l'AJPO2.



Nouveau partenariat : ELIVIE

Elivie est très heureux d'être le nouveau partenaire d'AJPO2.

Prestataire de santé à domicile qui accompagne chaque année plus de 300 000 patients à travers ses 56 agences de proximité sur tout le territoire, Elivie intervient dans différents domaines :



- L'assistance respiratoire (Oxygène, VNI, PPC, Aérosols)
- La perfusion (Antibiothérapie, Hydratation...)
- L'assistance nutritionnelle
- L'insulinothérapie par pompe
- Le traitement de la maladie de Parkinson
- Le traitement des plaies et cicatrisation

Les équipes d'Elivie sont composées de pharmaciens, infirmiers, diététiciens, techniciens et de professionnels dévoués qui accompagnent au quotidien vos patients pour une prise en charge optimale à domicile. Elles leur apportent leurs expertises ainsi que de nombreux conseils tout au long de leur traitement pour leur assurer sécurité, sérénité et qualité de vie.

Parce que nous sommes garants du lien entre le patient et son médecin, et particulièrement de l'observance des traitements, nous faisons de la qualité des soins, de l'exemplarité du suivi et du respect de l'éthique notre priorité.

N'hésitez pas à contacter votre correspondant régional afin d'échanger sur les patients que vous nous avez confié, ou encore demander conseil sur les dispositifs médicaux que vous souhaitez mettre en place.

Dans le cadre de notre partenariat, Elivie vous proposera aussi tout au long de l'année des **formations gratuites en webinar** sur différents thèmes (prises en charge, matériels, nouveautés...). La dernière concernant la « prise en charge respiratoire des patients SLA » présentée par le Professeur Marjolaine GEORGES du CHU de Dijon est disponible sur demande.

En cas de question vous pouvez joindre Mme Annie CHAKELIAN.

annie.chakelian@elivie.fr



Formations à venir

L'agenda des évènements est disponible sur le [site de la SPLF](#) pour les adhérents AJPO2 2022 !

- **4 – 6 septembre 2022** : ERS 2022 @Barcelona → [Lien](#)
- **16-17 septembre 2022** : Congrès Club Thorax @ Montpellier → [Lien](#)
- **19-22 septembre 2022** : Réunion annuelle J19 & séminaires du CPHG → [Lien](#)
- **22-23 septembre** : 10^{ème} édition des Journées d'Echanges sur l'Asthme Sévère @ Dijon → [Lien](#)
- **10 – 13 octobre 2022** : Cours du GOLF 2022 @ Caen → [lien](#) (Inscription **gratuite** pour les internes !)
- **14 – 15 octobre 2022** : Journée de la recherche respiratoire J2R @ Reims → [Lien](#)
- **27 – 29 janvier 2023** : 23^{ème} congrès de langue Française @ Marseille → [lien](#)

N'oubliez pas les webinaires mensuels avec les **mardis du GOLF** et les **jeudis de la SPLF** !



Et leurs **formations en présentiel ou en ligne** !



FORMATION Les Ateliers de la Réhabilitation (ex Ateliers d'Aix)



FORMATION le 30 JUIN 2022 – inscription et paiement via le site de la SPLF



FORMATION le 09 DÉCEMBRE 2022 – inscription et paiement via le site de la SPLF



La formation en ligne du G-ECHO est dorénavant disponible : inscription et paiement via le site de la SPLF



Les différentes aides médicales en France

Il est parfois un peu difficile de se retrouver parmi toutes les aides médicales en France....

Le bureau de l'AJPO2 vous propose donc un tableau récapitulatif des **trois principaux aides ou complémentaires médicales gratuites** possibles pour les personnes en situation irrégulière ou régulière.

Source (et pour informations complémentaires) : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N31750>

	AME	PUMA	Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C)
Définition	<p>L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Accordée pour 1 an (effective à partir de la date de dépôt de la demande). Le renouvellement doit être demandé chaque année.</p> <p>L'AME s'arrête dès que la situation de séjour du bénéficiaire se régularise</p>	<p>Mise en place en 2016. Elle acte la fusion entre « l'Assurance maladie » et « la CMU de base ».</p> <p>La Protection Universelle maladie garantit ainsi à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais à titre personnel et de manière continue ou long de la vie.</p> <p>Il permet aussi de rester dans le même régime d'assurance maladie, y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle.</p>	<p>Mise en place en 2016 Elle remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).</p> <p>Elle permet de faire rembourser la part complémentaire des dépenses de santé. Cela signifie que cette aide rembourse ce qui n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie ou désormais PUMA.</p> <p>La complémentaire santé solidaire est gratuite ou payante selon les revenus du demandeur.</p>
Conditions	<p>Attribuée sous conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - résider en France depuis plus de 3 mois. - pas avoir de titre de séjour depuis plus de 3 mois - percevoir des ressources ne dépassant pas certains plafonds (les ressources prises en compte sont celles des derniers mois). Par exemple pour une personne seule en métropole, son plafond annuel ne doit pas dépasser 9 203€ <p>Rq : enfants mineurs bénéficient sans délai de l'AME même s'il ne remplit pas la condition de plus de 3 mois en France.</p>	<p>Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les salariées n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est prise en compte - Les travailleurs indépendants (artisans, libérales...), dès leur début d'activité professionnelle - Personne sans activité professionnelle 	<p>Les mêmes conditions que la PUMA mais en plus il y'a la condition « faible ressources ». <i>Par exemple pour un foyer d'une personne si le plafond annuel est de < 9 203€, la CMU-C est gratuite</i></p> <p>Un simulateur est disponible sur le site : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027</p>
Droits ouverts	<p>Prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers. Pas besoin d'avancer les frais</p> <p>Les personnes à votre charge (personne à laquelle vous vivez en couple, enfants de < 16 ans, ou jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent leurs études) peuvent aussi bénéficier de l'AME</p> <p>!! Les frais suivants ne sont pas prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acte technique, examen, médicament et produit nécessaire à la réalisation d'une aide médicale à la procréation - Médicament à SMR faible remboursé à 15% - Cure thermale 	<p>Permet une prise en charge des frais de santé sans rupture de droits.</p> <p>Cette prise en charge est assurée même en cas de changement de situation professionnelle (perte d'emploi...), familiale (séparation...) ou de résidence !</p>	<p>En plus de l'aide financière, le demandeur a le droit à d'autres aides :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de dépassement d'honoraires sur les tarifs médicaux si respect du parcours de soins - En cas d'hospitalisation, remboursement du forfait journalier (= montant à payer quotidiennement pour l'hébergement et la nourriture) - Pas de franchise médicale - Pas d'avance de frais (donc pas de tiers payant) - Forfaits de remboursement pour prothèse dentaire, lunettes et auditives - Forfaits de remboursement pour des dispositifs médicaux comme une canne, un fauteuil roulant ou des pansements.
Processus	<p>Remplir le formulaire CERFA n°11573 puis le déposer à la CPAM La décision d'attribution se fait au plus tard 2 mois après le dépôt de la demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si au bout de ce délai, il n'y a aucune réponse, cela signifie que la demande est refusée. Il est possible de faire une réclamation. - Si accepter : remise en mains propre d'une carte AME 	<p>Les personnes qui ne travaillent pas mais qui résident en France de manière stable et régulière ont le formulaire CERFA n°15763 à remplir et à transmettre.</p> <p>Les personnes qui travaillent n'ont rien à faire. C'est l'employeur qui fait la déclaration.</p>	<p>La décision est donnée au plus tard 2 mois après avoir reçu la demande.</p> <p>Si pas de réponse pendant plus 2 mois après la demande, cela veut dire qu'elle est acceptée. La décision indique, si besoin, le montant que vous devez payer pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire.</p>



Afin de mieux comprendre la place des différentes aides, voici un exemple d'une consultation chez un médecin traitant adhérent à l'option de « pratique tarifaire maîtrisée », tiré de [l'article Wikipédia](#) :

		Assuré avec une complémentaire ⁴²	Assuré avec la complémentaire santé solidaire ⁴³	Étranger en situation irrégulière ⁴⁴
Base de remboursement	Part obligatoire (16,50 €)	remboursé par la sécurité sociale		pris en charge par l'aide médicale d'État
	Part complémentaire (7,50 €)	remboursé par la complémentaire	remboursée par la complémentaire santé solidaire	
	Participation forfaitaire (1 €)	reste à charge	exonération	
« dépassement maîtrisé » du tarif de la convention		peut être remboursé par la complémentaire (en totalité ou en partie)		

Insolite : Faux centre de dépistage Covid



Source : [article EGORA](#)

En 2021, un Allemand de 17 ans est parvenu à empocher la somme de 5,7 millions d'euros en facturant plus de 492.000 faux tests Covid à l'organisme chargé du remboursement des dépistages !

Le lundi 30 mai dernier, un jeune Allemand comparait devant le tribunal de Fribourg-en-Brisgau pour répondre de ses actes. A l'été 2021, ce dernier avait mis au point un véritable stratagème pour empocher un maximum d'argent en dupant les autorités publiques responsables du remboursement des dépistages anti-Covid en Allemagne.

Son stratagème était basé sur le fait qu'en Allemagne, les patients n'ont pas à déboursier d'argent pour les tests en cas de contact à risque mais c'est la Kassenärztlichen Vereinigung (KV), "une association de médecins conventionnés par les services d'assurance maladie", qui rembourse les frais aux centres de dépistage qui doivent justifier les tests au moyen de factures. Ainsi, le jeune homme de 17 ans a eu l'idée de créer de toute pièce un centre de dépistage fictif sur la plateforme mise en place par la Kassenärztlichen Vereinigung et de leur adresser de fausses factures.

Au total, ce sont plus de 492.000 faux tests Covid qu'il dit avoir réalisés entre mars et juin 2021, et qui ont été illégalement facturés. Grâce à cette combine, il a empoché **5,7 millions d'euros**...

Au final, c'est un signalement d'un employé de la banque du jeune homme, constatant une hausse suspecte des revenus de ce dernier, qui a permis de dévoiler la supercherie. La banque a alors alerté les services de police, craignant une opération de blanchiment. L'escroquerie ayant été découverte, l'argent a été gelé et reversé à la Kassenärztlichen Vereinigung.

Le tribunal, qui a décrit l'arnaque "sidérante", a condamné le jeune homme à une peine pour mineur. Ce dernier bénéficie d'une période probatoire **d'un an**. Si pendant cette durée, il ne commet aucune infraction, aucune sanction ne sera prononcée contre lui. En revanche, il a écopé d'une amende de 1.500 euros.



Bibliographie

Segmentectomy versus lobectomy in small-sized peripheral non-small-cell lung cancer (JCOG0802/WJOG4607L): a multicentre, open-label, phase 3, randomised, controlled, non-inferiority trial

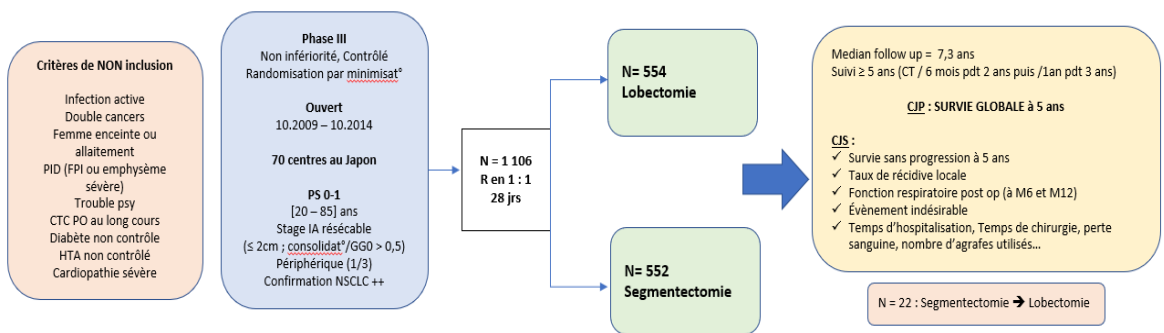
Hisashi Saji, Morihiro Okada, Masahiro Tsuboi, Ryu Nakajima, Kenji Suzuki, Keiju Aokage, Tadashi Aoki, Jiro Okami, Ichiro Yoshino, Hiroyuki Ito, Norihito Okumura, Masafumi Yamaguchi, Norihiko Ikeda, Masashi Wakabayashi, Kenichi Nakamura, Haruhiko Fukuda, Shinichiro Nakamura, Tetsuya Mitsudomi, Shun-ichi Watanabe, Hisao Asamura, on behalf of the West Japan Oncology Group and Japan Clinical Oncology Group*

Lancet 2022; 399: 1607-17
Vol 399 April 23, 2022

Contexte

- K du poumon = K le plus mortel au monde mais curable si localisé
- Gold standard si localisé ➔ Chirurgie ++ (Lobectomie pour les stades I et II ++)
- Résection infra lobaire (segmentectomie ou wedge) si : réserve pulmonaire limitée ou comorbidité CI lobectomie ➔ lésion de petite taille (< 2 cm), périphérique et cNO
- Segmentectomie = résection anatomique avec marge suffisante et exploration ganglionnaires satisfaisante
- Pbm = étude RC n'a comparé les deux modalités alors qu'on détecte de + en + de cancers localisés
- **Objectif** = Segmentectomie vs Lobectomie dans les petits (≤ 2 cm et consolidation/tumeur > 0,5) CBNPCs périphériques ➔ Démontrer la **non-infériorité** en termes de **Survie Globale**

Méthode



Méthodologie

- **Nombre de Sujet Nécessaire (NSN) = 1 100 patients**
 - ✓ Hypothèse d'un de taux survie globale à 5 ans ≥ 90% dans les 2 groupes
 - ✓ Puissance = 80 %
 - ✓ Test unilatéral : marge de non-infériorité de la survie globale à 5 ans, fixé à ≥ 85% dans le groupe segmentectomie
 - ✓ Possible de parler de supériorité si l'IC de HR estimée < 1
 - ✓ Significativité fixée à p = 0,05
 - ✓ Analyse en ITT puis per protocole
- **4 situations possibles selon les auteurs :**
 - ✓ Segmentectomie est non inférieure et supérieure à la lobectomie en termes de survie globale ➔ nouveau standard
 - ✓ Segmentectomie est non inférieure mais pas supérieure à la lobectomie en terme de survie globale mais elle permet d'avoir une $\Delta \neq$ ≥ 10% sur le VEMS à M12 ➔ nouveau standard
 - ✓ Segmentectomie est non inférieure à la lobectomie mais pas supérieure et ne permet pas d'apporter une $\neq \Delta \geq 10\%$ sur le VEMS à M12 ➔ Lobectomie ++
 - ✓ Segmentectomie n'est pas non inférieure ➔ Lobectomie ++

Résultats

- **Concernant les caractères des deux sous populations :**
 - ✓ **Bien équilibrer** entre les 2 groupes ++ : 52,7 % d'homme ; 38,2% > 70 ans ; 87,5% adénocarcinome ; 83,5 % stage IA confirmé à l'anapath ; taille médiane de **1,6 cm** ; **50,0% consolidation/tumeur = 1** ; 94 % de pN0, 3% de pN1, 3% de pN2 et R0 = 99,4%
 - ✓ !! il y'a plus de pT1a dans le groupe segmentectomie après analyse sur pièce opératoire...
- **Concernant le critère de jugement principal :**
 - ✓ Taux de survie globale à 5 ans : Lobectomie : 91,1% [88,4 – 93,2] vs Segmentectomie : 94,3% [92,1 – 96,0] ➔ **HR = 0,663 [0,474-0,927]**
 - ✓ Avec p < 0,0001, one-sided pour la non-infériorité et p = 0,0082 pour la supériorité ➔ La segmentectomie est **non inférieure voir supérieure** en termes de survie globale à 5 ans

	Lobectomy group (n=554)	Segmentectomy group (n=552)
Age, years	67 (55-85)	67 (53-83)
Sex		
Female	263 (47.5%)	262 (47.5%)
Male	291 (52.5%)	290 (52.5%)
ECOG performance status		
0	541 (97.7%)	542 (98.2%)
1	13 (2.3%)	10 (1.8%)
Smoking history		
Yes	348 (62.8%)	358 (64.9%)
No	206 (37.2%)	194 (35.1%)
Comorbidities		
Prevalence	275 (49.6%)	271 (49.1%)
Yes	279 (50.4%)	282 (50.9%)
White blood cell count, 10 ⁹ /L	6.6	6.6
Median (IQR)	(5.6-7.8)	(5.6-7.8)
CRP		
<10 mg/L	1 (0.2%)	6 (1.1%)
0.15-10 mg/L	42 (7.6%)	23 (4.2%)
>10-100 mg/L	208 (37.4%)	194 (35.1%)
>100 mg/L	303 (54.4%)	265 (47.7%)
FVC, mL	2260 (1150-4750)	2280 (1150-4900)
FVC, mL, %	3950 (1535-5990)	3995 (1590-5940)
Pathological stage		
Adenocarcinoma	501 (90.3%)	502 (90.9%)
Squamous cell carcinoma	38 (6.9%)	27 (4.9%)
Other	15 (2.7%)	13 (2.4%)

	Lobectomy group (n=554)	Segmentectomy group (n=552)
ECOG performance status		
0	422 (76.2%)	433 (78.5%)
1	132 (23.8%)	119 (21.5%)
pT stage		
pT1a	79 (14.3%)	103 (18.7%)
pT1b	407 (73.5%)	429 (77.3%)
pT2	54 (9.7%)	50 (9.1%)
Unknown pT status	1 (0.2%)	2 (0.4%)
pN stage		
pN0	523 (94.4%)	518 (93.8%)
pN1	24 (4.3%)	23 (4.2%)
pN2	3 (0.5%)	3 (0.5%)
Unknown pN status	1 (0.2%)	1 (0.2%)
Median (IQR) chest surgery		
Yes	491 (88.7%)	495 (89.7%)
No	63 (11.3%)	57 (10.3%)
Complete resection		
Yes	554 (100%)	552 (100%)
Operative time, min	176 (88-557)	191 (90-482)
Blood loss, mL	45 (0-900)	50 (0-800)

- **Concernant les critères de jugements secondaires :**
 - ✓ Taux de survie sans progression à 5 ans : Lobectomie : 87,9% [84,8 – 90,3] vs Segmentectomie : 88,0 % [85,0 – 90,4] → **HR = 0,998 [0,753-1,323]**
 - ➔ Mais n'est pas non inférieur en termes de survie sans progression à 5 ans....
 - ✓ Une amélioration de la survie globale dans tous les sous-groupes mais surtout : **Homme ; > 70 ans ; Tumeurs solides ; Non adénocarcinome**
 - ✓ **Plus de récurrence locale au cours du suivi chez les segmentectomies** (11%) que lobectomies (5%), $p = 0,0018$. Les principaux sites de récurrences sont : **marges de résection** (11 vs 0) ; ADP ipsilatéral médiastinal/hilaire (28 vs 14) et ADP controlatéral médiastinal/hilaire (16 vs 4)
 - ✓ **Pas de différence en termes de VEMS au bout d'un an :** ≠ VEMS entre segmentectomie vs lobectomie : 2,7 % à M6 et 3,5 % à M12
 - ✓ Pas de différence en termes d'effets secondaire précoces (< 90 jours post op) :
 - Aucun décès mortel observé avant 90 jours
 - Taux de complication grade ≥ 2 : 26 % (lobectomie) vs 27% (segmentectomie)
 - Un tabagisme ≥ 20 PA → facteurs prédictif de complication post op précoce : HR = 2,61 [1,14 – 5,97]; $p=0,0232$
 - ✓ **Plus de décès (pour autre cause) dans le groupe lobectomie** et notamment plus de décès par autre cancer (notamment pulmonaire)
 - ✓ Concernant le retraitement local après récurrence, il y'a plus de **retraitement local après segmentectomie que lobectomie** (80% dans lobectomie vs 93% dans segmentectomie)

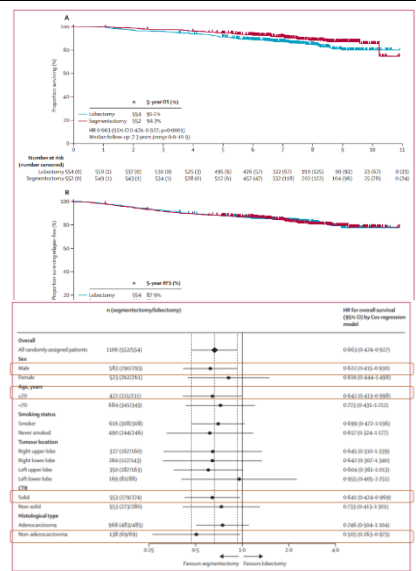


Figure 3: Subgroup analyses of overall survival. The middle vertical dashed line indicates the median, and the outer dashed lines indicate the 95% CI for the overall HR (all patients). An HR less than 1 implies a lower rate of overall survival after segmentectomy versus lobectomy. CI: confidence interval for hazard ratio; HR: hazard ratio.

Conclusion

- Segmentectomie non inférieure voire supérieure en termes de survie globale
 - Pas d'amélioration du VEMS post opératoire à M6 et à M12
 - Plus de décès dans le groupe lobectomie probablement lié :
 - ✓ à la survie d'autre cancer (2nd cancer pulmonaire ou autre cancer) → Plus de possibilité de traitement après segmentectomie par préservation de la fonction respiratoire expliquerai la plus longue survie des segmentectomies ?
 - ✓ comorbidité respiratoire et cardiovasculaire → préservation de la fonction respiratoire permet de mieux tolérer les décompensations des autres comorbidités ?
 - ➔ Lobectomie reste un geste invasif dont les complications au long cours ne doivent pas être négligé
 - Alors que y'a plus de récurrence locale avec segmentectomie Etude supplémentaire pour meilleure sélection segmentectomie/lobectomie ?
 - **Nombreuses limitations :** Pas de détail précis concernant la prise en charge des 2nd cancers, étude ouverte....
 -
- ➔ La segmentectomie devrait être le nouveau standard des CBNPCs périphérique ≤ 2 cm**



Impact of interstitial lung abnormalities on postoperative pulmonary complications and survival of lung cancer

Yunjoo Im,¹ Man Pyo Chung,¹ Kyung Soo Lee,² Joung Ho Han,³ Myung Jin Chung,⁴ Hong Kwan Kim,⁵ Jong Ho Cho,⁵ Yong Soo Choi,⁵ Sujin Park,³ Ho Joong Kim,¹ O Jung Kwon,¹ Boram Park,⁶ Hongseok Yoo¹

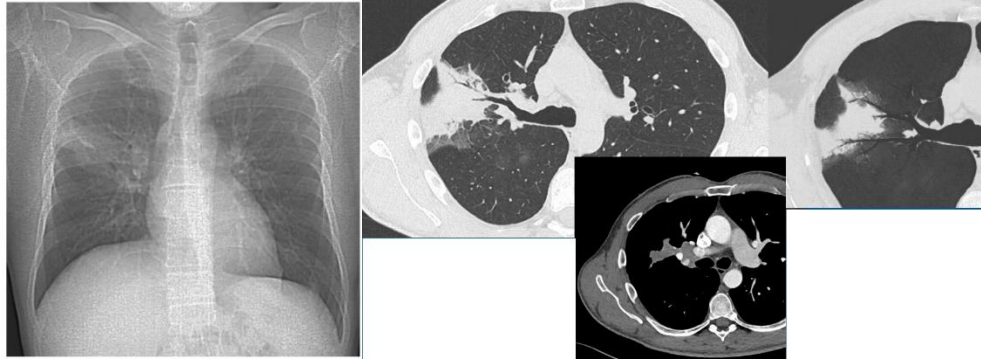
<p>Contexte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interstitial lung abnormalities (ILA) : entité de plus en plus décrite en raison du recours de plus en plus fréquent au scanner thoracique ➤ 3% dans les cohortes démographiques, 17% dans des cohortes de dépistage de cancer du poumon ➤ Progression radiologique dans 20-46% des cas ➤ Augmentation du risque de mortalité toute-cause ➤ Plus grande incidence de cancer pulmonaire chez les sujets présentant des ILA ➤ ILA = facteur de risque indépendant de mortalité lié à un cancer pulmonaire ⇒ Impact des ILA sur les complications liées au traitement et la survie des patients atteints du cancer non connu.
<p>Méthodologie</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Etude coréenne cas-témoins appariée (1-1-4) sur le sexe, âge, BMI, stade TNM, localisation tumorale, étendue de la chirurgie</p> <p style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Objectif principal : évaluation de l'impact des ILA scannographiques et histopathologiques sur la survenue de complications post-opératoires et sur la survie à long terme des patients</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid #4a7ebb; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;"> <p style="text-align: center; margin: 0;"><u>Cas :</u></p> <p style="margin: 0;">50 patients avec KBP + ILA scannographiques + histopathologiques</p> <p style="margin: 0;">- Histo : - .70% d'UIP, 4% de smoking related ILD, 26% de early UIP.</p> </div> <div style="border: 1px solid #4a7ebb; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;"> <p style="text-align: center; margin: 0;"><u>Témoins :</u></p> <p style="margin: 0;">200 patients avec KBP ayant bénéficié d'une chirurgie de résection carcinologique entre 01.2010 et 04.2020</p> <p style="margin: 0;">Exclusion des patients ayant reçu une chimio néoadjuvante et/ou radiothérapie</p> </div> <div style="border: 1px solid #4a7ebb; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;"> <p style="text-align: center; margin: 0;"><u>FPI :</u></p> <p style="margin: 0;">50 patients avec KBP éligible à traitement chirurgical + FPI entre 01.2012 et 12.2016</p> </div> </div> <p style="background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;">Critères d'exclusion : tout ATCD de pathologie pulmonaire sous jacente (incluant la BPCO)</p> </div>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concernant les caractéristiques des populations : âge médian de 68 ans, 89% d'hommes, 84% d'ancien fumeur ou fumeur actif, 59% d'adénocarcinome, 85% de lobectomie. <ul style="list-style-type: none"> • En raison de l'appariement, absence de différence statistique significative entre les cas et les contrôles concernant l'âge, le sexe, le tabac et la localisation tumorale, l'étendue de la chirurgie et le pTNM. • Pas de différence significative dans la fonction respiratoire (en dehors de la DLCO). ➤ Complications post-opératoires : <ul style="list-style-type: none"> • 39% des patients de l'étude ont présenté une complication post-opératoire, avec une différence significative entre les groupes (p< 0,001) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ 3% dans le groupe contrôle ✓ 18% dans le groupe ILA ✓ 50% dans le groupe FPI • Il s'agissait de : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fuite d'air prolongée chez 6% ✓ SDRA chez 4% ✓ Pneumonie 2% ✓ Pneumothorax 1% ➤ Mortalité : 88 décès au total : <ul style="list-style-type: none"> • 46/200 dans le groupe contrôle avec une médiane de suivi de 56 mois • 16/50 dans le groupe ILA, médiane de suivi de 28 mois • 26/ 50 dans le groupe FPI, avec une médiane de suivi de 20 mois ➤ Facteurs de risque liés à la survenue de complications post-opératoires : <ul style="list-style-type: none"> • Analyse univariée : âge, ILA, FPI, • Analyse multivariée : âge, ILA, FPI, réalisation d'une lobectomie
<p>Conclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1^{ère} étude analysant les implications des ILA histologiquement confirmées sur la survie et les complications liées aux traitements curatifs du cancer pulmonaire (d'autres études ont décrit une association entre ILA pré-existante avec verre dépoli et pneumopathies induites par l'immunothérapie, une association entre ILA et risque accru de pneumopathie radique) ➤ Mise en évidence d'un risque accru de manière indépendante de complications post-opératoires et de mortalité d'un cancer pulmonaire chez les patients présentant des ILA ➤ Limites : caractère rétrospectif, sélection d'un sous-groupe d'ILA prouvée histologiquement, exclusion des patients présentant des ILA et un cancer localisés dans des lobes différents, exclusion des autres pathologies pulmonaires, cause de mortalité non disponible ➤ Perspectives : place des anti fibrosants en péri-opératoire chez ces patients ?



Cas clinique

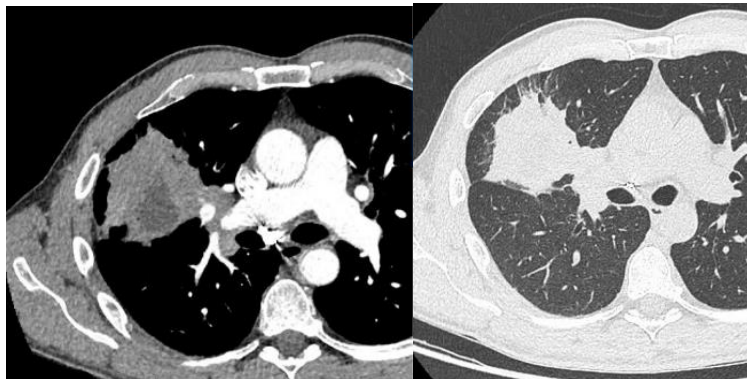
Un homme de 51 ans vous consulte pour hémoptysies récidivantes de faible abondance depuis janvier 2020. Il a perdu 6 kgs en 3 mois mais reste en bon état général. Il ne fume plus (tabagisme sevré depuis 20 ans estimé à 10 PA). C'est un représentant de commerce pour l'Afrique

Voici les imageries initiales (la radiographie thoracique et le scanner thoracique coupe parenchymateuse et médiastinale) :



Vous prescrivez de l'AUGMENTIN pendant 10 jours et vous lui refaites un scanner 1 mois plus tard qui est inchangé. Une ponction sous scanner est donc réalisée au mois de mars 2022 qui montre une inflammation subaiguë non spécifique et des lésions évocatrices de pneumonie organisée.

Vous mettez le patient sous corticothérapie mais les hémoptysies récidivent en quantité plus abondantes, nécessitant une embolisation. Le nouveau TDM thoracique montre cette fois ci l'apparition d'une hypodensité au sein de la condensation alvéolaire.



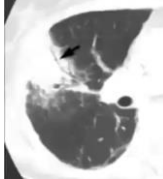

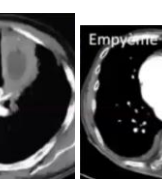
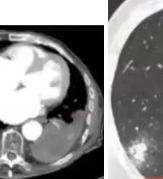
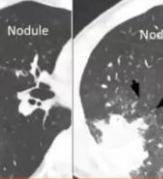
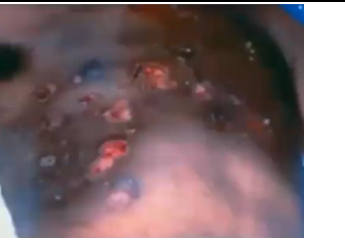


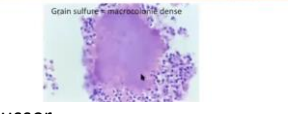


Une nouvelle ponction sous scanner est réalisée et montre une infiltration lymphoplasmocytaire très dense et des amas de bactérie dont la coloration de gram révèle des bacilles à gram positifs filamenteux ramifiés.

Question : Quelle est votre hypothèse principale ?

- A. Cancer broncho pulmonaire
- B. Tuberculose pulmonaire
- C. Aspergillose pulmonaire invasive
- D. Actinomyose thoracique
- E. Lymphome pulmonaire

Réponse D : Actinomycose thoracique

<p>Généralité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plus de 42 espèces d'Actinomyces spp. ➤ Responsable d'infections rares ➤ Bacilles à Gram-positif filamenteux ramifiés ➤ Absents de l'environnement ➤ Colonisation ≈ 100% de la population (dentaire, digestive et tractus génital féminin) → La contamination est endogène avec nécessité d'une brèche muqueuse. ➤ Principaux foyers d'infection : ORL (50%), digestive (20%), thoracique (15%) et génitale ➤ Physiopathologie : Colonisation → Brèche muqueuse (<i>au niveau ORL</i> : soins dentaires, trauma buccaux... ; <i>au niveau digestif</i> : chirurgie récente, sigmoïdite... <i>au niveau génital</i> : dispositif intra utérin) → Invasion tissulaire avec formation de foyer purulent +/- fibrose autour du foyer → Risque d'extension loco-régionale avec fistulisation 	
<p>Actinomycose thoracique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Responsable de 15 à 20% des actinomycoses ➤ Terrain favorisant : dans les suites d'une pneumonie d'inhalation, contiguïté d'une lésion œsophagienne ; patients immunodéprimés ➤ Il faut y penser devant des images radiologiques typiques : <ul style="list-style-type: none"> • Association de bronchogramme aérique et de zones hypodenses qui correspondent à un syndrome alvéolaire avec nécrose pouvant évoluer vers une excavation • Dans certaines situations peut évoluer vers un empyème qui va se fistuliser à la paroi thoracique • Forme nodulaire (surtout si ID ++) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">       </div> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Au niveau clinique, il faut y penser : <ul style="list-style-type: none"> • Si amélioration ou stabilisation clinique sous pénicilline puis récidive à l'arrêt • Si visualisation de grain sulfure au niveau d'un abcès de fistulisation. Ces grains de sulfure correspondent à des macrocolonies dense d'actinomycoses ➤ Rq : il faut privilégier la biopsie de la lésion après arrêt transitoire des antibiotiques pour poser le diagnostic ++ et éviter les prélèvements cutanés (souvent contaminé...). Bien prévenir le laboratoire de la suspicion car culture lente pouvant pousser mettre 4 semaines à pousser. 	 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">   </div> 
<p>Traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le traitement repose sur l'antibiothérapie (pénicilline) à forte dose prolongée +/- associé à la chirurgie. ➤ (<i>Ici dans notre cas clinique, le patient a récidivé de façon abondante lors de l'initiation de l'antibiothérapie, avec nécessité d'une chirurgie d'urgence par bi lobectomie supérieur droite</i>) 	



Postes hospitaliers à pourvoir

Mai 2022 – CCA – Hôpital FOCH

Le service de pneumologie de Foch propose pour Novembre 2022 un poste de CCA pendant un an dans le secteur de transplantation pulmonaire.

Idéalement le candidat serait un jeune collègue ayant déjà 2 ans de clinicat derrière lui, souhaitant se spécialiser sur une pathologie menant à la transplantation (BPCO, PID, maladies rares...) et pour lequel un an de formation à la greffe serait profitable, des indications de mise sur liste au suivi à court et à long terme.

Une activité de recherche clinique / translationnelle serait tout a fait possible selon les souhaits du candidat ou de la candidate.

Contact: Antoine Magnan - a.magnan@hopital-foch.com

Mai 2022 – Assistant spécialiste – Mulhouse Sud Alsace

Le Service de Pneumologie du Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA) situé sur le site de l'hôpital Emile Muller à Mulhouse cherche 1 Pneumologue sur un poste d'Assistant Spécialiste (création récente) pour 1 ou 2 ans afin de renforcer une équipe dynamique et jeune de 9 équivalents temps plein (7 PH et 2 assistants spécialistes sur 11 postes budgétés) avec la possibilité de poursuivre sa carrière hospitalière avec un poste de PH par la suite. Le départ programmé d'1 assistant en Novembre 2022 ouvre également la possibilité d'un 2ème Assistant Spécialiste à cette échéance et celle d'un PH Contractuel sur un poste de PH d'emblée à cette même échéance.

Une orientation spécifique est souhaitable mais pas obligatoire (respiratoire avec un DESC de réanimation médicale ou allergologique avec un DESC d'allergologie, sommeil avec un DIU de médecine du sommeil. L'existence d'un clinicat en CHU serait apprécié pour un futur PH sur un poste disponible en novembre 2022.

Le service comporte 30 lits d'hospitalisation conventionnelle (une unité de pathologie respiratoire de 13 lits et une unité d'oncologie thoracique de 17 lits), 2 lits d'hospitalisation de semaine, 10 places d'hospitalisation de jour et 4 lits d'enregistrement dans le laboratoire de sommeil (polysomnographie et polygraphie). Il possède un plateau technique complet: exploration endoscopique avec échoendoscopie linéaire et radiaire (mini-sonde), endoscopie rigide et interventionnelle (à développer), thermocoagulation, AutoFluorescence; exploration pleurale avec thoracoscopie; échographie thoracique; exploration fonctionnelle respiratoire avec 2 cabines de pléthysmographie + analyse de la diffusion, test de provocation et EFX; exploration du sommeil avec 3 polysomnographes et 8 polygraphes; exploration allergologique avec tests cutanés, tests de provocation alimentaire et médicamenteuse, réintroduction médicamenteuse et alimentaire, désensibilisation. L'activité est diversifiée couvrant l'ensemble de la pathologie respiratoire: cancérologie, allergologie, sommeil, infectiologie, insuffisance respiratoire chronique avec VNI, asthme, BPCO,

Le service dispose de 1 ETP TEC et ½ ETP IDE dédiées à la recherche clinique et participe activement à des essais cliniques académiques et industriels en oncologie thoracique, en pathologie respiratoire (infectiologie, asthme, BPCO) et en pathologie du sommeil. Le service dispose également de 1 IPA pour l'oncologie thoracique (et une autre envisagée pour les pathologies respiratoires chroniques) et met en place un programme d'ETP pour les asthmatiques.

L'environnement hospitalier est de qualité dans un établissement de 2591 lits et 259 places répartis sur 9 sites (1608 pour les sites de Mulhouse, 940 lits et 173 places en MCO) possédant un service de chirurgie cardiaque et thoracique, 2 services de réanimation (médicale et chirurgicale), 3 services d'imagerie (3 IRM et 3 scanners), un service d'oncologie médicale, un service de radiothérapie (2 accélérateurs, 1 tomothérapie et une TDM de simulation 4D), un service de médecine nucléaire (1 TEP-TDM), un SAMU avec 1 hélicoptère et une unité de recherche clinique (6 TEC et 4 ARC).

Le GHRMSA, établissement support du GHT n°12 « Haute Alsace » est constitué de l'établissement pivot de Mulhouse (Sites Emile Muller et du Hasenrain) des sites proches (Cernay, Thann, Bitschwiller-lès-Thann depuis le 01/01/15, Altkirch, Rixheim et Sierentz depuis le 01/01/17), est associé à la clinique des 3 frontières de Saint-Louis (avec un pôle privé et public) au travers d'un GCS depuis le 01/01/14. Il constitue le 2ème établissement de santé d'Alsace, le 12ème de France et l'un des plus gros Centre Hospitalier Non Universitaire de France. Le GHT « Haute Alsace » intègre aussi le CH de Rouffach et de Pfaffstätt.

Pour plus de renseignements, Merci de contacter: Dr DEBIEUVRE Didier, 03 89 64 73 96 ou debieuvred@ghrmsa.fr



Postes libéraux à pourvoir

Mai 2022 – Tours – Poste de Pneumologue libérale disponible immédiat :

Cabinet de pneumologie , à proximité de Tours à une minute de son périphérique, avec activité de pneumologie générale, sommeil et d'oncologie thoracique, recherche un(e) associé(e).

Plateau technique complet :Pléthysmographie DLCO, gazométrie artérielle, polygraphie, polysomnographie, prick test. En contrat avec une Clinique ayant un plateau technique de très haut niveau, 353 lits MCO (chirurgie cardiaque, thoracique vasculaire réanimation médicale, cardiologie, urgences, scanner, service de médecine nucléaire).

Sites d'activités : Nous exerçons également à la clinique NCT+ pour des hospitalisations conventionnelles, réalisation d'endoscopies bronchiques. Le cabinet est situé dans une structure climatisée comprenant : Plusieurs cabinets (kinésithérapie, IDE, Médecin généraliste, psychologue sage femme...) avec parking gratuit

Activité au choix : Notre activité repose essentiellement sur un exercice au cabinet médical qui est équipé d'un plateau technique (Pas de garde, pas d'astreinte). Nous participons aux RCP d'oncologie thoracique, RCP de pneumopathie interstitielle et RCA d'asthme avec le CHU.

Contact: Docteur Claude Vidal: TEL 02 49 49 29 54. port 06 60 76 67 19. mail Claude.vidal1@bbox.fr

Mai 2022 – Nantes – Poste de Pneumologue libérale :

Nous sommes un groupe de 5 pneumologues libéraux associés en SCM au sein de l'Hôpital Privé du Confluent ex Nouvelles Cliniques nantaises (Nantes sud). Nous cherchons un ou une pneumologue en vue de ma cessation d'activité courant 2023

HPC est un établissement dynamique, très bien équipé , où exercent plus de 130 spécialistes médicaux et chirurgicaux avec un service d'urgences, pôle de cancérologie, cardiologie interventionnelle, toutes spécialités médicales et chirurgicales ou presque (pas de service de réanimation), pôle d'endoscopie avec échoendoscopie et minisonde

Nous avons une activité principale de consultation et une activité d'hospitalisation actuellement mutualisée entre 3 praticiens (compter 2 – 3h /j une semaine sur 3)

L'équipe est sympathique++ avec une bonne pyramide des âges : 38,41,49,55 et moi même 65 bientôt (snif)

Nos 2 derniers pneumologues intégrés sont de brillants praticiens parisiens et sont très satisfaits de leurs conditions d'exercice!

Nous recherchons un profil de pneumologue compétent et motivé, idéalement ancien assistant ou CCA qui prendrait part à l'activité hospitalière qui est peu contraignante si bien organisée.

Contact: dr.normand@groupeconfluent.fr ou 06 14 77 15 69

